DOC-G1 (SPANISH)

Consentimiento y Acuerdo para hacerse la Prueba del VIH

Yo entiendo la información que contiene esta página, la cual he leído, o me ha sido leída:

- Sangre, u otro fluido o tejido, serán analizados con el fin de detectar el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el virus que causa el SIDA;
- El consentimiento para hacerse la prueba del VIH debe ser VOLUNTARIO;
- Los resultados de esta prueba, como todos los archivos médicos, son confidenciales, pero la confidencialidad no puede ser garantizada;
- Si los resultados positivos se dan a conocer, el individuo puede experimentar discriminación de su familia, amistades y/o en la escuela o en el trabajo.

Qué Significa un Resultado NEGATIVO:

- Un resultado negativo significa que no se detectó una infección con VIH al momento de la prueba.

Qué Significa un Resultado POSITIVO:

- Un resultado positivo significa que la persona esta infectada con el VIH y que puede transmitir el virus teniendo relaciones sexuales sin protección, compartiendo agujas o jeringuillas, durante el embarazo (de madre a hijo), lactando, o donando órganos, sangre, plasma o tejidos.
- Un resultado positivo NO significa que usted tenga SIDA. Para saber si usted tiene SIDA es necesario que se haga otras pruebas.

Qué Pasará si el Resultado es Positivo:

- Se le dará una copia de la publicación del Departamento de Salud e Higiene Mental llamada "Información para Personas Infectadas con el VIH",
- El Departamento de Salud local o su médico le ofrecerá consejos sobre los servicios existentes,
- Mujeres que están embarazadas o que pueden quedar embarazadas serán informadas acerca de tratamientos opcionales que pueden reducir el riesgo de transmisión del virus del VIH al bebé que todavía no ha nacido,
- Se le dará información sobre como puede prevenir transmitir la infección del VIH,
- Mi Número de Identificación Único (UI) será entregado al Departamento de Salud,
- Mi nombre será reportado al Departamento de Salud local cuando mi médico encuentre que tengo síntomas de la enfermedad del VIH o SIDA,
- El Departamento de Salud local o mi médico ofrecerá asistencia en notificar y referir a mis parejas para servicios. Si me niego a notificar a mis parejas, mi médico, o el departamento de salud podrá notificarles. Si empleados del Departamento de Salud local notifican a mis parejas, mi nombre no será revelado. La ley del Estado de Maryland requiere que cuando el Departamento de Salud local sepa de la existencia de mis parejas, deberá referirlos para cuidado médico, apoyo, y tratamiento.
- Yo he marcado abajo si NO quiero que usen los últimos 4 números de mi Seguro Social para crear el Número de Identificación Único (UI).

- _____**Yo NO Autorizo** el uso de los últimos 4 números de mi Seguro Social para crear el Número de Identificación Único (UI).

Me fue dada la oportunidad de preguntar y de que me fueran contestadas todas mis preguntas acerca de esta prueba.
Por este medio doy consentimiento para que me hagan la prueba del VIH.

_____ _____
Nombre de la Persona que se hace la Prueba **(Letra de Molde)** Fecha

_____ _____ _____ _____
Firma de la Persona o Substituto Autorizado Fecha **Firma** del Consejero Fecha

****

NUMERO UI

últimos 4 # de SS ☐☐☐☐

fecha de nacimiento ☐☐☐☐☐☐☐☐
m m d d a a a a

aza/origen étnico ☐

sexo ☐

CODIGOS:

Raza/origen étnico: 1-Blanco, No Hispano; 2-Af. Am., No Hispano; 3- Hispano; 4-Asiático/ Is Pacífico.; 5- Indio Am. /. Nativo Alaska; 6-Otro; 9-Sin determinar.

SEXO: 1 Masculino; 2 F...